様式４

松江赤十字病院　病院長

専門・認定看護師による同行訪問看護についての同意書

松江赤十字病院の専門・認定看護師との同行訪問を依頼します。なお、依頼にあたっては訪問看護師による説明を受け、「専門・認定看護師による同行訪問看護の説明書」の記載事項を理解し、同行訪問を受けることに同意します。

・説明者　訪問看護ステーション:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問看護師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・説明を受けた日：　　年　　月　　日

・患者氏名（署名）:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・代筆者（署名）:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿

・支払方法　□松江赤十字病院での支払い　□銀行振込

・請求書郵送先

住所　〒＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊この同意は、患者ご本人の意思でいつでも撤回できます。

＊「患者氏名」欄は患者ご本人が署名ください。患者ご本人の署名が難しい場合はご家族の代筆をお願いします。ご家族の代筆ができない場合は、患者ご本人の意思を十分に確認の上、説明する訪問看護師が代筆ください。